



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

FORMULARIO DE ADHESION AL CONVENIO COLECTIVO

Nombre y Apellido completo	
DNI	
CUIL/CUIT	
Título profesional	
N° de matrícula	
Datos de contacto	
Celular	
Mail	
Monto a pagar anual	<i>(Marque con una x la cobertura que desea obtener)</i>
Cobertura \$250.000	\$390/anual

Mendoza,de.....de 20.....

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL RESPONSABLE CAMZA

Cobertura desde el 1º de Enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Firma, aclaración y DNI